

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 125

Traumatisme et Appendicite

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1907.

PAR

Jean-Augustin-Emile DABADIE

Né à Garosse (Landes), le 3 Février 1882.

Examineurs de la Thèse

MM. VILLAR, professeur.....	Président
DENUCE, professeur.....	
GENTES, agrégé.....	Juges.
VENOT, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 125

Traumatisme et Appendicite

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1907.

PAR

Jean-Augustin-Emile DABADIE

Né à Garosse (Landes), le 3 Février 1882.

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur.....	Président
		DENUCE, professeur.....	{
		GENTES, agrégé.....	
		VENOT, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS.... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi- que.....	BADAL.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale in- fantile et Orthopédie.	DENUCE.
Médecine opératoire..	VILLAR.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOU.
Anatomie pathologique	COYNE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie.....	N...	Physique pharmaceuti- que.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie.....	JOLYET.		
Hygiène.....	LAYET.		
Médecine légale.....	LANDE.		
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIÉ.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS.	MM. VERGER.
MONGOUR.	ABADIE.
CABANNES.	

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... {	MM. CHAVANNAZ.	Accouchements..... {	MM. FIEUX.
	BEGOUIN.		ANDÉRODIAS
	VENOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
	CAVALIÉ.	Histoire naturelle....	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie.....	M. BARTHE.
-------------	------------	----------------	------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES JOSEPH, ALFRED, GEORGES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES GINESTE

PHARMACIEN DE 1^{re} CLASSE

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES NATURELLES

PRÉPARATEUR D'ANATOMIE COMPARÉE ET D'EMBRYOGÉNIE

A LA FACULTÉ DES SCIENCES

« En reconnaissance de ses conseils
pour notre thèse inaugurale. »

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAVANNAZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter cette faculté, où nous avons toujours trouvé auprès de nos maîtres la même affabilité et la même bienveillance, il nous est particulièrement agréable de leur exprimer ici toute notre gratitude pour les bons conseils et l'enseignement qu'ils nous ont donnés.

M. le Professeur Villar nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse; nous ne saurions trop l'en remercier; notre reconnaissance lui est acquise à jamais.

Nous adressons aussi notre souvenir à ceux de nos camarades dont la sympathie nous fut si précieuse, les années que nous avons passées ensemble furent excellentes... trop courtes hélas!!! aussi c'est avec regret que nous les quittons.

INTRODUCTION

Les rapports entre le traumatisme et l'appendicite ont été mis en lumière, il y a une dizaine d'années par Neumann qui, dans une exposition détaillée de nombreux cas, montre que les contusions de l'abdomen pouvaient créer quand elles se produisaient dans la région de la fosse iliaque droite, des crises appendiculaires, parfois même une véritable appendicite et consécutivement, de la péritonite.

Devant l'intransigeance de ses confrères, qui se refusaient à admettre l'influence du traumatisme dans une affection qu'ils considéraient un peu comme idiopathique, caractérisée et définie, il convint que la contusion devait pour produire l'appendicite atteindre un terrain prédisposé, soit par une affection antérieure, soit par une lésion latente.

Il y a environ six mois, MM. Jeanbrau et Anglada, de Montpellier, après avoir recherché toutes les observations au nombre de 58, publiées sous le titre d'appendicite post-traumatique, étudient le rôle d'un choc sur la fosse iliaque et d'un effort violent chez un appendiculaire et chez un homme sain. Dans leur communication à la société de chirurgie de Paris, ces auteurs concluent que chez l'homme sain le traumatisme ne crée pas l'appendicite. Les crises survenues après des accidents seraient simplement des réveils d'appendicite préexistante. L'accident amorcerait une poussée aiguë chez

un appendiculaire avéré ou latent, elle révélerait ou aggraverait l'appendicite, il ne la produirait pas.

A la suite de cette communication, en mars, mai et juin 1907, une grande discussion sur cette question fut portée au sein de la société de chirurgie de Paris, à laquelle prirent part d'éminents chirurgiens. L'appendicite traumatique y fut fortement battue en brèche et rallia contre elle la majorité des suffrages. D'ailleurs elle mettait en jeu une question médico-légale de la plus haute importance relative à la responsabilité dans les accidents du travail.

Toutefois malgré la controverse, les observations rapportées par Guinard, Legueu, Sieur, parurent de nature à ébranler quelque peu la conviction générale déjà fortement arrêtée; on mit, dans la formule précédente, des palliatifs, des réticences, et, de cette discussion du plus grand intérêt; le professeur Quénu, président de la société, a pu conclure en disant:

« L'insuffisance de documents ne nous permet pas actuellement de formuler une proposition nette sur le rôle pathogénique du traumatisme dans l'appendicite. »

Ayant eu l'occasion, nous-même, de suivre, de traiter et de soigner à Salles (Gironde) un cas particulièrement net d'appendicite survenue à la suite d'un traumatisme dans la fosse iliaque droite, nous avons pu en prendre l'observation jour par jour, la rédiger et la rapporter ici.

L'absence complète d'antécédents personnels chez la malade, et d'antécédents héréditaires dans sa famille, mettent tellement en évidence la corrélation avec le traumatisme qu'il nous a paru bon, vu l'actualité de la question, d'en faire le point de départ de notre thèse inaugurale. Puisse-t-elle apporter une contribution nouvelle à la clarté de la question.

La première partie de ce travail comprend l'étude générale et succincte des traumatismes de l'abdomen, et de l'appendicite, et des rapports anatomiques et cliniques possibles entre ces accidents et cette affection.

La deuxième partie comprend la description détaillée de

nos observations, leur discussion et les objections formulées au sein de la société de chirurgie de Paris en même temps que les conclusions à tirer de leur étude.

A. — Les traumatismes de l'abdomen

L'étude des traumatismes de l'abdomen, entreprise depuis de longues années a été complétée seulement dans les temps modernes. A côté des chocs violents qui, atteignant des plexus nerveux importants, produisent des phénomènes brusques d'inhibition qui par voie réflexe aboutissent à la syncope bien souvent mortelle, ainsi qu'il ressort des expériences physiologiques maintes fois répétées sur les animaux, il en est d'autres d'une importance moins grande. Dans les cas où la contusion est simple, produite dans une région moins irritable, du moins au point de vue nerveux, il se produira dans une époque plus ou moins éloignée de celle du trauma une réaction péritonéale qui peut être la conséquence d'une déchirure vasculaire, d'un écrasement partiel d'un fragment intestinal ou mésentérique, ou même d'un simple froissement. Cette réaction sera d'autant plus certaine que la portion de l'intestin atteinte sera plus disposée par sa constitution même aux infections.

Le traumatisme peut agir sur les viscères abdominaux de différentes manières. D'une part, par action directe sur une anse intestinale, il peut y avoir contusion au sens propre du mot, déchirement, blessure, éclatement, soit que l'intestin repose sur le plan osseux formé par la colonne vertébrale ou même le sol, quand l'individu s'y trouve projeté, soit même qu'une anse se trouve comprimée brusquement et fortement entre deux extrémités devenues aveugles par un plissement.

Dans un autre cas, la lésion peut demeurer superficielle, intéresser un fragment péritonéal, une bride mésentérique ou seulement la surface intestinale et donner naissance à une

hémorragie d'importance variable qui aura pour conséquence la formation d'un hématome. Ce dernier pourra favoriser une réaction péritonéale d'intensité variable qui aura elle-même pour conséquence l'englobement d'une partie de l'intestin, qu'elle mettra en état de moindre résistance.

Du côté de cet intestin même, la contusion seulement momentanée, légère et partielle pourra créer une congestion des vaisseaux et même une hyperhémie des tuniques internes. Les follicules lymphatiques seront le siège d'une diapédèse intense, d'une irritation, d'une suppuration. Nul doute alors que le traumatisme ne soit plus accentué dans les régions intestinales les plus riches en follicules lymphatiques; d'autant que la contusion aura porté plus exactement sur ce point. On comprend mieux ce mécanisme si l'on songe que la coprostase à peu près normale dans certaines parties de l'intestin, la présence de boulettes fécales souvent dures sont là pour favoriser l'action du trauma et, même dans un choc indirect, créer une infection des follicules lymphatiques, dans une région toujours prédisposée à ce genre d'infection, tant par la stase fécale, la richesse en lymphatiques que par la toxicité microbienne des éléments qui y sont contenus.

On connaît depuis quelque temps toute l'influence que le traumatisme peut exercer dans le passage des microbes de l'intestin dans la cavité péritonéale. A l'état normal, la muqueuse intestinale fortement défendue par sa barrière de lymphatiques est entièrement imperméable aux bactéries intestinales, mais quand une lésion ou une irritation la met en infériorité, l'infection péritonéale peut se produire. C'est ainsi que Calmette et Petit, après avoir infecté un tube digestif de lapin par des cultures de microbes divers, des staphylocoques, par exemple, qu'ils avaient extraits d'un abcès cutané d'un enfant athrepsique ont montré qu'à la suite d'un traumatisme même modéré de la région abdominale l'on voyait apparaître des abcès péritonéaux et même consécutivement, de la péritonite.

A propos de la péritonite à pneumocoques, Nové-Josse-

rand, rapporteur au Congrès d'Alger a montré que le passage des micro-organismes à travers la tunique intestinale était une voie d'infection assez fréquemment suivie.

En définitive, il est admis et reconnu que la simple contusion peut créer le passage des micro-organismes de l'intestin dans la cavité péritonéale avec d'autant plus de facilité que la région contuse est plus apte à l'infection, et l'on sait même que dans d'autres cas, c'est par la voie sanguine même que se fait cet apport infectieux d'une région souvent fort éloignée du foyer contus.

On ne discute d'ailleurs plus aujourd'hui l'action favorisante des traumatismes sur les formes articulaires et orchitiques des infections blennorragiques, tuberculeuses et autres.

On comprend dès lors toutes les conséquences que peut et doit avoir un traumatisme en apparence insignifiant sur un organe, de par sa constitution même prédisposé à des lésions qui se produisent parfois naturellement.

B. — Appendicite et péritonite appendiculaire.

L'étude précédente succincte nous a montré que les traumatismes de l'abdomen peuvent s'accompagner d'une lésion plus ou moins profonde du tube digestif et conséquemment de péritonite. On comprend aisément que si le trauma porte sur la fosse iliaque droite, il pourra intéresser plus ou moins directement l'appendice et sinon créer de toute pièce, du moins faire développer une infection qui aurait pu ne jamais se manifester.

Neumann est le premier qui ait admis l'hypothèse de l'appendicite traumatique, toutefois, il reconnaît plus tard qu'il fallait dans ce cas des conditions étiologiques favorisantes et particulièrement des calculs dans l'appendice.

La question de l'appendicite traumatique qui a pour elle bien des exemples a fait cette année l'objet d'une longue discussion à la société de chirurgie de Paris.

Guinard, Tuffier, Felizet, Quénu, Picqué, Potherat, Broca, Demoulins, Walther, Legueu ont successivement pris la parole sur cette question, sans toutefois se mettre d'accord, car ils ont reconnu que le sujet demandait une étude complémentaire. Il ressort cependant de leur discussion que, jusqu'ici, l'appendicite traumatique ne saurait être admise par la majorité d'entre eux comme une entité morbide.

C'est qu'aujourd'hui, la théorie folliculaire de l'appendicite a tendu à en faire une maladie bien définie, à caractères propres, à signes particuliers, en quelque sorte constitutionnelle et il nous semble qu'il y ait un peu trop de dogmatisme dans cette façon de comprendre les maladies.

D'ailleurs, ainsi que l'a fort bien dit Richelot, « L'appendicite n'est pas une mine récemment découverte, c'est un filon dont la teneur en minerai n'est pas exactement connue et dont la mise en valeur donne aujourd'hui des résultats surprenants ». C'est en quelque sorte, une maladie protéiforme dans ses manifestations; pourquoi ne le serait-elle pas dans ses causes?

L'appendice lui-même n'est pas un organe bien fixe.

Diverticule aveugle de l'intestin, très développé chez les Rongeurs, il forme chez l'homme avec le cæcum dont il est la continuation, un réceptacle où stagnent plus ou moins les matières stercorales.

Généralement le cæcum avec l'appendice font partie de la grande cavité péritonéale; les cas où ces organes sont entièrement sous-séreux sont exceptionnels, sans être cependant absolument rares. Toutefois leur proéminence est plus ou moins accusée; de là des retentissements plus ou moins considérables sur le péritoine.

Assez souvent, l'appendice est situé en avant du cæcum, entre celui-ci et l'intestin grêle, dans l'angle iléo-cæcal.

Dans d'autres cas, il est à la partie inférieure et interne; dans d'autres cas, à la partie postérieure.

Il peut être seulement intra-péritonéal et répondre au tissu cellulaire rétro-cæcal, en pareil cas, son inflammation a peu de chances de se propager à la séreuse. Inversement quand il siège à la base du mésentère, la péritonite secondaire est la règle.

Tantôt on peut voir l'appendice à la partie antérieure du cæcum proéminer jusqu'au niveau de l'ombilic et même s'avancer dans la fosse iliaque gauche, ce qui explique la localisation parfois à cet endroit de certains phénomènes douloureux et suppuratifs.

Il y a encore la position basse, celle dans laquelle il occupe le rebord du petit bassin, entre la vessie et le rectum chez l'homme ou au voisinage des organes génitaux internes chez la femme, dans ce dernier cas il peut même se fusionner après suppuration, avec l'ovaire et les annexes.

Dans la position haute, il se rapproche de l'hypocondre droit et son inflammation qui produit souvent un phlegmon périnéphrétique a quelquefois fait supposer l'existence d'un abcès du foie ou d'un abcès sous-phrénique. On a même vu le pus fuser à travers le diaphragme et simuler une pleurésie purulente droite.

C'est assez dire combien protéiforme peut apparaître l'abcès d'origine appendiculaire.

A part des cas très particuliers, il n'est pour ainsi dire pas de région de l'abdomen où l'on ne puisse le retrouver.

Ainsi donc, l'inflammation de l'appendice consécutive soit à une auto-infection spontanée, soit à une cause occasionnelle aboutit à la formation d'un abcès plus ou moins nettement localisé.

Les théories relatives à la crise appendiculaire sont de plusieurs sortes. D'une part, Talamon croit à la boulette stercorale créant la colique appendiculaire à laquelle succède la compression vasculaire, l'inflammation, la nécrose; Dieulafoy, dans sa théorie de la cavité close croit à l'exal-

tation de la virulence des germes qui y sont contenus; Parot admet l'inflammation propre des follicules lymphatiques par les germes microbiens; Reclus n'admet que la stagnation sans obstruction.

En définitive, Achard et Broca semblent avoir démontré que l'association microbienne, strepto- ou pneumocoque avec le colibacille augmentent la virulence de ce dernier parasite normal de l'intestin.

Quoi qu'il en soit, il résulte des lésions de l'appendice, naturelles ou occasionnelles, la formation d'abcès variés péri-appendiculaires, dont le siège est très variable. Bien que le plus souvent on les retrouve autour du cæcum, d'autres fois ils en sont très éloignés.

On peut essentiellement en distinguer six variétés:

1^o La forme précæcale, la plus fréquente qui représente à peu près les trois quarts des cas; :

2^o La forme rétrocæcale qui remonte souvent pour devenir périnéphrétique;

3^o L'abcès pelvien, à cheval sur la fosse iliaque ou le pelvis et descendant parfois dans le petit bassin entre le rectum et la vessie (Routier);

4^o L'abcès ombilical, variété assez rare, dans laquelle l'épanchement suppuré s'élève obliquement en haut vers l'ombilic;

5^o L'abcès périhépatique, forme plus commune qui est sous-diaphragmatique, placée entre la face convexe du foie et le diaphragme qui est refoulé parfois en même temps que les poumons;

6^o L'abcès de la fosse iliaque gauche, assez curieux en lui-même et mal expliqué et que l'on peut considérer comme une exagération à gauche d'un abcès primitivement ombilical venant lui-même d'un abcès péri-appendiculaire situé primitivement à droite.

L'abcès est généralement unique comme on peut le constater nettement dans les neuf-dixièmes des cas. Mais, comme

le dit fort justement Mauclaire, il n'est pas dans l'abdomen de région où l'on ne puisse rencontrer un abcès d'origine appendiculaire.

Le volume de l'abcès est très variable. On y trouve depuis quelques gouttes de pus, jusqu'à 5 litres. Toutefois, d'une façon générale, les dimensions en sont modérées et le pus demeure stérile.

Son évolution est limitée presque toujours, grâce à des adhérences péritonéales (épiploon, anses intestinales, cæcum); le liquide en est le plus souvent séreux ou séro-purulent, quelquefois fétide contenant des fragments d'appendice, des boulettes fécales, souvent des gaz.

Les microbes qu'on y trouve, sont le colibacille, le streptocoque, des microbes anaérobies ou des associations microbiennes diverses. Dans beaucoup de cas, le pus se stérilise spontanément, s'y résorbe peu à peu, ou y subit une dégénérescence caséeuse et aseptique.

Au point de vue de son évolution, l'abcès cherche parfois issue à travers la peau (ce qui est assez rare), en suivant des tractus naturels quelquefois (ombilic); d'autres fois il s'ouvre dans le péritoine, le cæcum, l'intestin grêle, le rectum, la vessie, l'uretère, le périnée et même, chose curieuse, on l'a vu fuser jusqu'à travers le diaphragme et s'évacuer par le poulmon et les bronches.

Au point de vue symptomatique, on peut considérer:

1^o Des symptômes physiques: le plastron, la douleur locale à la pression, le ballonnement, l'œdème, la dilatation veineuse, quelquefois la sonorité et même la fluctuation, cette dernière toujours tardive, à cause de la profondeur de l'abcès. L'agglutination du cæcum et des anses intestinales grêles aboutit à la forme plastique localisée.

2^o Au point de vue fonctionnel, on trouve au début, le plus souvent, la colique appendiculaire, symptôme prémonitoire des formes légères, subite, en coup de pistolet dans la fosse

iliaque droite; le vomissement initial; qui n'est pas d'ailleurs absolument symptomatique et qui est d'abord alimentaire, puis bilieux. Il y a également un certain degré de parésie intestinale pouvant simuler l'occlusion, suivie d'expulsion de gaz par l'anus et de quelques sêlles sanguinolentes.

3^o Les symptômes généraux sont caractérisés par la douleur spontanée, précédemment indiquée, le facies péritonéal, la fièvre, souvent modérée 38° 4 à 39°, le pouls accéléré allant de 100 à 120, le frisson intense.

La complication de cette forme peut aboutir à la formation d'une cavité purulente qui se traduit par une contraction abdominale de défense (grand droit), qui contraste avec la flaccidité du côté opposé.

Parfois le tissu cellulaire est envahi, les muscles, la peau également. il y a une sorte d'œdème, puis de la fluctuation aboutissant à une ouverture à la peau et dont la fistule pyostercorale est une des conséquences les plus fréquentes.

Quand le péritoine est atteint, on a la péritonite septique, diffuse, forme très grave. Dans ce dernier cas, les douleurs deviennent plus diffuses, les vomissements plus fréquents prennent un caractère porracé, noirâtre ou sanguinolent; le facies est plombé, la fièvre monte à 41°, le pouls dissocié à 130, il y a dyspnée, cyanose des ongles; ce sont là de mauvais signes.

Un de ces cas les plus bénins est produit quand l'abcès se circonscrit et vient fuser à la peau. Villar a montré que l'ombilic était le point auquel venaient aboutir, chez l'enfant du moins, la plupart de ces abcès péritonéaux ou des néoplasies péritonéales.

En somme, le péritoine se défend le plus souvent lui-même très bien contre l'infection. Si l'on compare la douleur à la décompression du point de Mac Burney, à celle que provoque la compression, au même niveau, on peut se renseigner sur la marche et l'intensité de la réaction péritonéale dans l'appendicite. La forte douleur à la décompression est mauvais signe.

D'après Berthomier, l'exploration dans le décubitus latéral

gauche, permet de bien différencier la crise appendiculaire, car le point de Mac Burney devient alors très douloureux, ce qui ne paraît pas dans le décubitus dorsal, lorsqu'il y a eu des adhérences.

A côté du traitement chirurgical qui, quand il est praticable, constitue le procédé de choix, le traitement médical est limité à l'expectation, aux compresses glacées, répétées toutes les six heures, aux petits lavements salés isotoniques à 40° T. (Zollikofer), qui ont pour but d'éliminer les toxines.

On peut également pratiquer une ponction aspiratrice de la poche purulente de l'abcès péri-appendiculaire avec une seringue de 10 centicubes, et éviter ainsi les dangers d'une péritonite et les ennuis d'une éventration (Lenharz).

Cependant, le plus souvent, il ne se trouve pas de liquide mais des matières jaunes, grenues, comparables à la graisse rouge lobulée de fœtus représentant le résidu de l'abcès.

En résumé, l'appendicite représente une maladie protéiforme d'un diagnostic difficile dans ses manifestations chroniques provoquant parfois, comme l'a montré Comby des vomissements cycliques, qui représentent un caractère prémonitoire.

Au point de vue étiologique, elle est surtout fréquente dans le jeune âge et dans l'adolescence. Elle n'est pas rare chez les nourrissons (26 cas rapportés par Kirmisson et Guimbellot) elle est moins grave que dans la 2^e enfance, elle ne s'y généralise pas, mais forme des abcès enkystés, localisés.

Au point de vue différentiel, Dodeuil et Petit ont insisté sur la différenciation qu'il fallait en faire avec l'appendicite rare au point de vue clinique mais assez fréquente au point de vue anatomique, car elle évolue insidieusement. On lui a attribué, peut-être à tort, comme caractère la douleur pré-ombilicale. Sa complication habituelle est la péritonite généralisée, mortelle le plus souvent, et la péritonite localisée qui aboutit à la fistule pyostercorale.

C. — **Des rapports qui peuvent exister entre
le traumatisme et l'appendicite**

L'appendice est un diverticule aveugle de l'intestin qui reçoit les souillures de ce dernier et ne les lui rend pas toujours. C'est un réceptacle et un excellent milieu de culture pour peu que certaines conditions — qu'il n'est pas malaisé de trouver dans l'intestin, dans les matières qu'il charrie, dans sa flore bactérienne — mettent en échec la résistance des phagocytes. On sait d'ailleurs que toutes les infections générales ont une action constante sur les voies digestives, que la typhoïde s'y généralise, que la grippe peut souvent s'y localiser, la variole s'y spécialiser. Puisque l'appendice est la partie sensible de l'intestin, rien d'étonnant d'un autre côté que les traumatismes atteignant l'intestin puissent localiser plus spécialement leur action sur cet organe.

L'appendicite apparaît donc comme une maladie infectieuse exigeant cependant des conditions anatomiques spéciales facilitant sa localisation ou sa diffusion et en même temps une action prédisposante capable de mettre en éveil une susceptibilité latente. On l'a comparée à un phlegmon localisé ou diffus suivant le degré de virulence des microbes, et présentant les aspects les plus variés.

Le jeune âge ou l'adolescence du sujet, le mauvais état du tube digestif, le lymphatisme sont, dit-on, autant de causes prédisposantes générales, et cependant, il n'est guère possible de se baser sur ces données, puisque dans bien des cas cette affection atteint les personnes le mieux constituées. On a voulu enfin en faire une affection familiale.

A la suite d'observations bien caractérisées, on a invoqué dans bien des cas, l'influence du traumatisme. Des appendicites se seraient développées chez des enfants à la suite d'un coup de pied dans la région du bas-ventre, après des exercices violents de gymnastique, etc.

Cependant, étant données la soudaineté et l'étendue des

lésions qui caractérisent l'appendicite, la plupart des auteurs se sont refusés à considérer le traumatisme autrement que comme une cause occasionnelle agissant sur un sujet atteint antérieurement d'une inflammation latente de l'appendice.

Dans ce cas, le traumatisme aurait une responsabilité atténuée, car, quand on examine les antécédents, on retrouverait précédemment l'existence d'une crise appendiculaire.

Pour que la contusion abdominale puisse provoquer d'emblée une crise appendiculaire, il faudrait que l'appendice fut plus accessible à son action. Or, il y échappe la plupart du temps, en raison de son petit volume, de sa vacuité, de sa situation en arrière des anses grêles et en avant du psoas iliaque qui le sépare du plan osseux sous-jacent. Cependant Sieur a relevé le rôle important joué par le traumatisme, les exercices d'équitation et de gymnastique, les marches d'entraînement, etc., dans le réveil sinon dans la provocation des crises appendiculaires.

D'ailleurs, on comprend très bien qu'un traumatisme irrite un appendice porteur de coprolithes, ou soumis antérieurement à une poussée inflammatoire à peine ébauchée, de même que le ballonnement des anses, dans certains exercices, peut être la cause du tiraillement de l'appendice quand celui-ci est déjà fixé par des adhérences.

D'un autre côté, la position même de l'appendice et ses rapports avec les autres viscères ne sont pas d'une absolue fixité. On l'a vu bien souvent placé à la partie antérieure du cæcum et proéminer superficiellement jusqu'au niveau de l'ombilic. Dans cette dernière position, il est bien certain qu'il est relativement accessible à la contusion.

« Ne peut-on penser — dit Guinard — que si le traumatisme » ne saurait créer une appendicite au sens propre du mot, » il peut dans quelques cas y prédisposer indirectement en » fixant en mauvaise position l'appendice et en le mettant » en état de réceptivité pour les infections communes, » C'est

certes là une hypothèse tout aussi satisfaisante que de dire qu'il y avait une appendicite latente.

En fait, nous sommes tous en crise latente d'appendicite; une constipation opiniâtre, de l'entéro-colite muco-membraneuse, une stase fécale quelconque peuvent nous prédisposer à l'infection, d'un autre côté des changements de saison, de régime et même une certaine prédisposition familiale, sont autant de facteurs qui nous y préparent sans nous mettre cependant en état de crise. Or, si un traumatisme survient, si apparaît la crise appendiculaire, la suppuration, la péritonite, le trauma aura joué le rôle essentiel, il aura créé l'appendicite. C'est ce que semblent démontrer les observations suivantes, dans lesquelles sans antécédents d'aucune sorte, le trauma provoque l'appendicite et apparaît bien comme en étant le facteur occasionnel et direct.

OBSERVATION I

(Legueu. — Discussion à la société de chirurgie. Paris, mai 1907).

X... dix ans, a reçu au cours d'une dispute d'un de ses camarades un coup de pied dans le bas-ventre du côté droit. Il ne souffre guère le jour même de l'accident, mais, le lendemain, il accuse des douleurs dans la fosse iliaque droite qui durent pendant 48 heures et qui s'exagèrent encore le troisième jour. A ce moment, on le conduit à l'hôpital. Il présente tous les signes d'une péritonite généralisée; le pouls bat à 140 pulsations par minute, la température est de 39° 5.

Le docteur Legueu fait une incision latérale qui le conduit sur un appendice perforé dont il fait l'ablation. Mais, ayant constaté que la péritonite est généralisée, il fait également deux incisions médiane et gauche, et maintient un large drainage de la cavité péritonéale. Le petit malade succombe néanmoins à l'infection, deux jours après.

Il est à noter que ses antécédents étaient exempts de toute affection appendiculaire.

OBSERVATION II

(Guinard. Société de chirurgie, Paris, 1907)

Edouard G..., dix-neuf ans, entre le 4 janvier 1906 à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'appendicite. Ce malade raconte que, il y a quinze jours, il est tombé d'une hauteur de 2 mètres et a eu aussitôt après sa chute une vive douleur dans le flanc droit; il s'est notamment heurté le ventre avec le coude en tombant.

Depuis ce temps-là il est au lit, sans fièvre ni vomissement, mais avec de la douleur dans la fosse iliaque. A la palpation, la paroi se défend; mais on sent un gâteau empâté et on constate nettement l'existence d'une inflammation appendiculaire.

Les jours suivants, la tuméfaction ne diminuant pas sous la glace, on se décide à une intervention dans le but d'évacuer une collection supposée purulente du volume des deux poings.

Or, l'on constate un énorme hématome. Au milieu de ce caillot noir se trouve l'appendice qui est aussitôt enlevé. Il n'était nullement malade, sa coupe est absolument normale, il n'y a à son intérieur ni traces de liquide, ni matière fécale dans sa cavité. La guérison se produit rapidement.

OBSERVATION III

Guinard (Société de Chirurgie, Paris 29 mai 1907. Bulletin et mémoire de cette société).

Mme X..., opérée il y a dix ans pour une annexite double, entre à l'Hôtel-Dieu pour appendicite chronique douloureuse.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'appendice englobé dans des adhérences et rempli de matières fécales liquides qui y séjournèrent indûment en raison des adhérences.

Il n'est pas téméraire de penser que les adhérences péritonéales consécutives à la laparotomie pratiquée précédemment sont, pour une bonne part, la cause de la stagnation des matières fécales dans le vermium et de l'infection folliculaire consécutive de la muqueuse appendiculaire.

OBSERVATION IV

Guinard. Mémoires et Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris 1907.

Antoine M..., vingt-neuf ans, tonnelier, entre le 25 octobre 1906 à l'Hôtel-Dieu. Quinze jours auparavant il a subi un violent traumatisme de la fosse iliaque droite, en remuant une trop lourde charge. Depuis

l'accident, il est couché et à la palpation on trouve collée contre l'arcade crurale droite et au-dessus d'elle, une masse dure et douloureuse, sans fluctuation, du volume d'une grosse noix.

Le pouls est à 90° et la température est à 37° 6 dans le rectum.

Le 26 octobre, la tumeur est incisée le long de l'arcade crurale, comme si l'on avait affaire à un ganglion suppuré. Le bistouri rencontre un appendice sphacélé qui est immédiatement enlevé et dont la cavité contient un liquide noirâtre et infect. Après un drainage de quelques jours, la guérison se produit au bout de deux semaines.

Le malade est absolument affirmatif : jamais il n'a souffert du ventre avant son accident.

OBSERVATION V

(Guinard. Société de Chirurgie. Paris 29 mai 1907.)

X., jeune garçon de 12 ans, reçoit après une chute d'âne, sur la plage de Berck-sur-Mer, au mois d'août 1901, un coup de pied de l'animal dans le ventre.

Sur le moment, on ne constate aucune lésion de la paroi abdominale, mais, comme il y a eu syncope et un peu de pâleur accompagnée de vomissements alimentaires, l'enfant est tenu au lit pendant une huitaine de jours.

Deux mois après, l'enfant présente une légère crise d'appendicite, d'ailleurs bénigne et la défense musculaire du premier jour disparut vite sous la glace et aucun empâtement ne se montrait dans la fosse iliaque. Huit jours après, l'enfant reprenait ses études.

Au bout de quatre mois, nouvelle crise, semblable à la première. L'opération fut faite à froid en mars 1902.

L'appendice était pris dans des adhérences qui le fixaient à la paroi postéro-interne du cæcum. Il avait le volume d'un petit crayon, et ses parois étaient très vascularisées. La cavité était vide et la muqueuse était rouge et enflammée par plaques.

OBSERVATION VI

(Guinard, *in Traité de Chirurgie.*)

X..., dix-huit ans, reçoit un coup de pied de poulain dans la fosse iliaque droite. La douleur très vive sur le moment se calme après 24 heures de repos. Deux mois après, il présente une crise très nette d'appendicite, qui se calme mais qui se renouvelle à plusieurs reprises, si bien que le jeune homme entre six mois après à l'hôpital pour y être opéré.

Après laparotomie, l'appendice se montre tuméfié, boursoufflé, et il n'y a pas de doute que le traumatisme a joué un rôle *initial* dans la genèse de l'infection appendiculaire. A aucun moment, d'ailleurs, avant l'accident, on n'avait constaté chez le jeune malade de symptômes d'appendicite.

OBSERVATION VII

(Sieur. *Société de Chirurgie de Paris*, mai-juin 1907.)

B..., sous-officier de cavalerie, a joui d'une excellente santé jusqu'au 12 mai 1907, date à laquelle il fait une chute de cheval. Cette chute paraît avoir été inoffensive ; toutefois, le lendemain, il est pris de douleurs dans les articulations du genou, et de la hanche deux jours après ; il présentait alors tous les signes d'une attaque rhumatismale.

Après un séjour d'un mois à l'hôpital, durant lequel il avait eu des alternatives de constipation et de diarrhée, il part en convalescence. Au bout de huit jours, il est pris, en chemin de fer, et pour la première fois, de coliques violentes avec fièvre qui l'obligent d'urgence à rentrer à l'hôpital, où l'on reconnaît l'existence d'une appendicite.

Les accidents ayant cessé, il part en convalescence, mais à son retour au cours d'une séance d'équitation, il éprouve, au niveau de la fosse

iliaque droite, une douleur tellement vive, qu'il a une syncope de courte durée. Néanmoins, après un nouveau repos, il peut assister aux grandes manœuvres et faire son service jusqu'au 2 janvier 1898, mais les troubles intestinaux persistent.

Le 3 janvier, il reçoit un coup de pied de cheval dans la fosse iliaque droite et éprouve une douleur extrêmement vive qui nécessite son entrée d'urgence à l'hôpital, et un traitement à la chambre de huit jours de durée.

Le 20 janvier, nouvelle crise appendiculaire, avec douleurs dans la fosse iliaque, fièvre et vomissements très pénibles.

A dater de cette époque, et à chaque fatigue, réapparition des douleurs, qui le font évacuer au Val-de-Grâce pour y être opéré.

Le 8 juillet 1898, une incision parallèle à l'arcade crurale montre que le cæcum et l'appendice sont libres d'adhérences, mais l'appendice est induré et renferme dans son intérieur trois calculs ayant le volume de haricots. On le résèque et, un mois plus tard, le malade quittait le service où il n'est plus revenu.

OBSERVATION VIII

(Sieur. Société de Chirurgie de Paris, séance du 27 mars 1907)

Th..., artilleur, n'a aucun antécédent; son intestin a toujours parfaitement fonctionné jusqu'en 1904. A cette date et pour la première fois, au cours d'une manœuvre à cheval particulièrement pénible et faite aussitôt après déjeuner, il éprouve une première colique appendiculaire avec nausées, fièvre légère et courbature assez prononcée.

Tout rentre dans l'ordre au bout de quelques jours; nouvelle crise le 18 Juin, survenue dans les mêmes conditions, qui nécessite son entrée à l'hôpital, où tout se calme par le repos. Il part en convalescence de deux mois, mais durant son séjour dans sa famille il ne peut se livrer à aucun travail et les exercices d'équitation lui sont particulièrement intolérables.

Admis à nouveau à l'hôpital le 12 nov. 1904, on remarque que la

palpation de la fosse iliaque est surtout douloureuse quand l'extrémité des doigts atteint la région appendiculaire. On sent un cordon du volume du pouce, obliquement dirigé en bas et en dedans et qui semble adhérer à la fosse iliaque. Par la laparotomie faite suivant l'incision de Jalaguier, on trouve un appendice fixé à la paroi interne du bassin par une bride fibreuse très résistante à laquelle adhère même une anse grêle; cette bride le coude et l'étrangle à sa partie moyenne et le met dans l'impossibilité de suivre le gros intestin dans ses déplacements.

On trouve là l'explication des tiraillements douloureux qu'éprouvait le malade au cours des exercices d'équitation, des exercices de force ou même de la marche prolongée.

OBSERVATION IX

Sieur. (Société de Chirurgie de Paris, 27 mars 1907).

B..., soldat au 2^e génie, était en voiture le mardi 11 février 1902. Les chevaux s'étant emballés, il saute à terre et tombe, mais sans se faire aucun mal, puisqu'il peut se relever immédiatement et se jeter à la tête des chevaux.

Rien à noter dans la journée du mardi et du mercredi; santé excellente comme d'habitude. Le jeudi dans l'après-midi, il monte à cheval et éprouve vers la fin de l'exercice une douleur vive dans le ventre, du côté droit, à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'ombilic. La nuit du jeudi au vendredi est assez calme, mais le vendredi matin, il est obligé de rester couché et de neuf heures à deux heures, il éprouve une douleur violente avec état nauséeux très marqué.

Le samedi à midi, réapparition des douleurs toujours localisées au même point du ventre, avec irradiations dans la région lombaire correspondante. Vomissements incoercibles, d'abord alimentaires, puis porracés, qui se continuent toute la nuit jusqu'au dimanche matin. C'est alors qu'il est évacué à l'hôpital.

Les douleurs sont moins vives, les vomissements ont cessé; le poulx

est dicrote à 68, et la température à 37°6 ; la langue est blanche et l'haleine mauvaise ; constipation.

La malade indique comme particulièrement douloureuse la région de l'hypocondre droit avec maximum au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure et le long de la crête iliaque correspondante. La défense musculaire est telle que l'exploration des organes profonds est impossible.

On l'opère alors, et croyant avoir affaire à une appendicite postérieure l'incision est faite parallèlement à la crête iliaque depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au carré des lombes. Pas d'infiltration de la paroi ; arrivé sur la face postérieure du cæcum et du côlon ascendant, on décolle très facilement le péritoine et l'on constate qu'il n'existe, ni au pourtour de ces organes, ni dans la fosse iliaque, aucune zone indurée ou enflammée. Dans ces conditions, le péritoine n'est pas incisé, l'incision est refermée en majeure partie et une mèche placée dans la portion la plus déclive.

A part un légère reprise de douleurs dans la soirée du second jour, tous les accidents s'atténuent rapidement et la guérison est complète au bout de quinze jours.

OBSERVATION X (Personnelle).

Elisa L... est une fillette de onze ans jouissant, d'une parfaite santé, qui n'a jamais eu de maladie sérieuse. Son père et sa mère sont très robustes et se sont toujours bien portés. Ils habitent avec elle à Salles (Gironde). Elle a deux frères et deux sœurs qui n'ont jamais été malades. Un autre frère est mort du croup à l'âge de huit ans.

Le 17 octobre 1906, à l'école, pendant la récréation, elle a reçu d'un petit garçon de son âge un coup de pied dans la région de la fosse iliaque droite. Elle n'a pas perdu connaissance, n'a pas eu de vomissements, mais a ressenti toute la journée de violentes douleurs dans la région qui avait été contusionnée. Le soir, elle a pris un œuf et s'est couchée. La nuit a été assez bonne, et, malgré quelques souffrances, elle a pu reposer à peu près comme d'habitude.

Dans la matinée qui a suivi, les douleurs ont augmenté d'intensité, toutefois sans qu'il y ait eu ni vomissements, ni diarrhée.

Dans l'après-midi les douleurs se sont à peu près calmées ; l'appétit est bon ; il n'y a pas de fièvre.

Dans la suite, la petite malade continue à aller à l'école comme d'habitude, pendant dix jours, jusqu'au 27 octobre.

Ce jour-là, au réveil, elle est prise de violentes douleurs dans la région de la fosse iliaque droite. A ce moment, elle est un peu constipée. Elle a néanmoins, le même jour, une selle sanguinolente. Pendant toute la journée, la douleur abdominale s'est violemment fait sentir.

Dans la soirée, le calme se rétablit ; il n'y a pas encore de fièvre, pas de nausées, pas de vomissements ; l'appétit se maintient assez bon.

Le lendemain, dimanche 28 octobre, elle souffre encore un peu, mais les douleurs tendent à se calmer. Les selles sont encore légèrement sanguinolentes, mais un peu moins que la veille. Les douleurs sont lancinantes et, toutefois, l'appétit est conservé et l'enfant ne sent pas la nécessité de rester immobile puisque le même matin elle peut aller à la messe et dans l'après-midi, se promener avec ses compagnes.

Le lundi matin, 29 novembre, elle souffre de coliques et va deux fois à la selle avec diarrhée. Alors apparaissent des nausées et les douleurs font encore apparition dans la fosse iliaque droite, plus intenses que jamais. Cependant, pour ne pas se priver du plaisir de rejoindre ses camarades à l'école, l'enfant cache le mal à sa mère et mange assez bien au repas du midi.

Dans l'après-midi, cependant, les douleurs deviennent intenses et si intolérables que la petite est obligée de quitter l'école. Le moindre mouvement devient alors extrêmement douloureux. Pour marcher, l'enfant est obligée de se tenir de côté et, pour faire les cinq cents mètres qui la séparent de chez elle, elle doit s'arrêter trois ou quatre fois et s'asseoir sur le bord de la route. Elle n'a cependant pas de vomissements dans la soirée et pour dîner elle prend un œuf, sans pain.

Dans la nuit de lundi à mardi, elle est prise, vers minuit, de vomissements abondants et rend par deux fois une grande quantité de matières verdâtres.

Dans le courant de la nuit, l'enfant est extrêmement agitée, elle a

des frissons et se plaint constamment de douleurs abdominales. Elle n'a aucune selle durant toute la nuit.

Le mardi matin, elle voudrait se lever, mais les douleurs sont tellement intolérables dans la fosse iliaque droite qu'on est obligé de la remettre au lit. Sa mère lui fait prendre un peu de lait, mais elle est prise aussitôt de vomissements jaunâtres très abondants. Elle a des frissons; elle est très altérée. Les selles ont totalement manqué durant toute cette journée.

Devant l'état inquiétant de leur enfant, les parents se décident à appeler le médecin.

C'est donc le mercredi 31 décembre, exactement quatorze jours après le traumatisme que nous vîmes l'enfant pour la première fois.

L'aspect général de la petite malade n'est pas ce jour-là trop mauvais. Les pommettes sont un peu rouges, les yeux un peu brillants, la pupille dilatée. Le thermomètre marque 37° 5 de température à neuf heures du matin; le pouls assez marqué était de 100 pulsations par minute. Cependant, la respiration paraît un peu gênée, superficielle et un peu accélérée. La langue est légèrement saburrale. Toutefois, au dire des parents, la petite malade est plus calme que la veille et ne se plaint que de la douleur abdominale.

A l'inspection, l'abdomen semble légèrement gonflé dans la région confuse, toutefois, on ne relève aucune trace d'ecchymose.

A la palpation, à gauche, le ventre est souple et indolore, tandis qu'à droite, il est fortement douloureux à la moindre pression et présente une notable contracture de défense. Mais, c'est le point de Mac Burney qui semble de tous le plus douloureux. Enfin, le toucher rectal ne signale rien de particulier.

L'enfant a l'appétit diminué, un dégoût très prononcé des aliments. Néanmoins, à ce moment, elle a des selles normales, sans constipation ni diarrhée.

L'auscultation de la poitrine ne signale rien de particulier, le poumon et le cœur sont absolument normaux. L'enfant ne tousse d'ailleurs pas.

Le lendemain 1^{er} novembre, tous les symptômes se sont aggravés. Le thermomètre est à 38° à 9 heures du matin. Le pouls est petit, rapide, presque incomptable; il bat à 130 pulsations par minute, il est mal frappé.

Dès ce moment, la petite malade présente tous les caractères d'une affection péritonéale grave. Les symptômes fonctionnels sont caractérisés par une douleur spontanée violente, avec une certaine parésie intestinale rappelant en quelque sorte une occlusion mais avec expulsion de gaz par l'anus. Comme symptômes physiques, l'on constate un plastron résistant et un empâtement bien marqué dans la fosse iliaque droite, une douleur à la pression, un peu diffuse cependant, une dilatation veineuse superficielle peu marquée et un léger degré de sonorité à la percussion qui est d'ailleurs intolérable.

Les vomissements porracés réapparaissent pendant une partie de la journée. Comme symptômes généraux, la malade présente un facies franchement péritonéal, un peu de dyspnée, un léger degré de cyanose des extrémités..

Pendant quelques jours, nous dûmes nous borner en quelque sorte à l'expectative. Nous fîmes des applications de glace sur le ventre, du côté droit de l'abdomen et nous mîmes la malade à une diète à peu près absolue, n'autorisant que des tisanes tièdes et quelques légers bouillons. Les phénomènes d'ailleurs s'amendèrent assez rapidement.

Après trois jours d'une fièvre assez intense qui disparut à peu près dans la quatrième journée, les phénomènes inflammatoires diminuèrent progressivement. A ce moment, l'auscultation de la poitrine nous fit percevoir du côté droit quelques fins râles crépitants et nous eûmes tout lieu de croire qu'ils étaient sympathiques de l'infection péritonéale ; toutefois, la sonorité thoracique demeura parfaitement normale.

Après quelques jours de repos, les phénomènes inflammatoires commencent à s'atténuer. Le ventre redevient parfaitement souple du côté gauche, mais le côté droit demeure encore dur et légèrement empâté. D'ailleurs, cette zone d'empâtement, diffuse au début, commence à pouvoir être délimitée à la palpation et paraît se circonscrire de plus en plus. La percussion permet de définir une zone de matité bien précise s'étendant transversalement du côté de l'ombilic ; la fluctuation commence à se montrer avec netteté.

Dès le 23, il semble que l'abcès veuille se faire jour du côté de la peau, vers l'extérieur, mais toutefois son évolution est à peu près apy-

rétique. Enfin, le 25 novembre, au matin, il paraît très évident qu'il va s'ouvrir spontanément au niveau de l'ombilic, ce qui nous dispense de faire une incision devant laquelle nous avons hésité par crainte d'infection de la cavité péritonéale. D'ailleurs, dans la soirée, l'ouverture se produit au niveau de l'ombilic et d'une issue à un pus jaune verdâtre, très lié, un peu fétide.

Après un lavage sommaire, tout superficiel de l'abcès, nous plaçâmes un drain dans la cavité et des pansements humides à l'eau oxygénée furent maintenus pendant plusieurs jours sur la plaie.

L'évacuation du pus dure plusieurs semaines ; toutefois elle se fit sans température et la malade peut être alimentée, au lait, aux œufs, aux viandes blanches. Vers le 25 décembre, le foyer purulent s'est complètement vidé, les lèvres de la plaie se cicatrisent rapidement et la petite malade peut se lever le 30 décembre, complètement guérie.

Depuis ce temps, elle n'a eu aucune douleur, aucune rechute ; la zone d'empâtement et la matité ont complètement disparu dans la région droite de l'abdomen.

Au début de la suppuration, du pus fut prélevé aseptiquement dans des tubes en verre préalablement stérilisés et confiés aux soins de M. le docteur Sabrazès. Voici les résultats de l'examen qu'il a bien voulu nous fournir.

N° 178. Péritonite traumatique suppurée. (Docteur Sabrazès.)

Pus jaune verdâtre, très lié, pas très filant et visqueux. Globules de pus bien conservés dans leur forme. Prédominance énorme des polynuclées neutrophiles. Présence de microbes diplocoques capsulés, ayant le caractère de pneumocoques. Il paraît y avoir d'autres microbes associés, en très petit nombre du reste. Des diplocoques peuvent se présenter en amas, dans lesquels ils sont très altérés, mais où ils sont encore très nettement capsulés. Les microbes associés paraissent être de longs bâtonnets filamenteux un peu incurvés, effilés du bout, plutôt que coupés court et en très petit nombre.

Coloration par le Gram. — Les bâtonnets ne prennent pas le Gram. Les diplocoques prennent le Gram.

Beaucoup de ces bâtonnets, à l'encontre de ce que nous avons remarqué plus haut, ont une extrémité arrondie.

Culture. — En culture anaérobie, seul le bâtonnet a poussé. C'est une grosse bactérie à extrémité coupée court, prenant le Gram ayant donné sur gélose une culture pauvre, un peu grumeleuse avec développement de gaz.

Dans le bouillon aérobie, cultures abondantes, formant un voile épais se dissociant par succession. A 37° aérobie, culture de diplocoques à petits grains, polymorphes, parfois groupés par 4 et ayant tous les caractères du pneumocoque.

Examen des observations, discussion.

L'examen des observations précédentes et, en particulier celui de la dernière qui nous est personnelle et dont nous avons pu, pas à pas, suivre l'évolution jettent un jour nouveau sur la manière de comprendre les rapports qui peuvent exister entre le traumatisme et la crise appendiculaire.

Tout d'abord, nous devons constater que la petite malade ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Pas de dérangement intestinal, aucune douleur spontanée dans la région de l'appendice, un état général antérieur des plus satisfaisants.

On pourra si l'on veut invoquer l'existence d'une appendicite préexistante mais demeurée à l'état latent. Cependant, nous ne pouvons pas nous arrêter à des suppositions de cet ordre, qui constituent en réalité une pétition de principe. Une telle façon d'envisager les choses pourrait nous emmener fort loin et nous ne pouvons pas admettre sans discussion cette sorte de doctrine fataliste.

Piqué a eu tort de faire de l'esprit sur cette question quand il dit: « Le traumatisme ne saurait créer une immunité vis-à-vis de l'appendicite ». Pour nous, il ne nous semble pas que, scientifiquement et logiquement, nous devions accepter la simple coïncidence. Il n'y aurait plus aucune limite dans la façon de concevoir les accidents si nous devions admettre « à priori » la prédisposition latente. Il y a dans cette façon de procéder quelque chose d'anti-scientifique qui nous répugne.

Il demeure donc comme indubitable que le traumatisme initial a favorisé l'apparition de ces crises appendiculaires.

Les symptômes de la maladie, les accidents consécutifs, le facies, en un mot les symptômes locaux, anatomiques et

généraux font apparaître comme certaine l'existence d'une lésion appendiculaire.

Wegner a dit: tout ce qui altère l'intégrité de la séreuse péritonéale favorise l'infection du péritoine.

Quand les microbes sont peu nombreux, de virulence atténuée, que le péritoine est net et sain, ce qui est le cas dans la pérityphlite due à une appendicite non perforante, la réaction de la séreuse va s'organiser activement. Dans le cas présent, grâce aux éléments diapédisés et à la phagocytose qu'ils exercent, les microbes ont été empêchés dans leur prolifération. D'autre part, le dépôt d'exsudats fibrineux, a comme dans toutes les séreuses, révélé cette réaction péritonéale de défense. Ces exsudats, par leur organisation progressive unique ou multiple ont cloisonné la grande cavité et circonscrit l'infection. Il en résulte que l'inflammation est arrivée à l'état séro-fibrineux, puis fibrino-purulent par peptonisation et ramollissement et la suppuration s'est produite dans un foyer clos, puis par adhérences interviscérales ou mieux viscéro-pariétales, il y a eu un abcès enkysté dans des néomembranes. C'est alors qu'il a pu suivre les voies naturelles pour fuser à l'extérieur grâce à des brides mésentériques diverses, des replis variés.

La voie suivie dépend de la position de l'appendice. Nous avons vu que dans la quatrième forme de notre classification, celui-ci est placé dans une position superficielle, ainsi que l'a bien démontré Forgues. Dans ce cas l'abcès fuse au niveau de l'ombilic, ce qui est d'ailleurs la règle pour la péritonite à pneumocoque dont notre sujet paraît être un type assez caractérisé (analyse du Dr Sabrazès).

En général cette ouverture au niveau de l'ombilic, point de moindre résistance, dépend de la position même de l'appendice. Cette tendance à fuser vers l'ombilic est surtout marquée chez le sexe féminin, même pour les productions néoplasiques ainsi que l'a fort bien montré Villar dans le cas des différentes néoplasies de nature pariétale (cancer du péritoine, de l'intestin, du cæcum, de l'appendice, du côlon, du foie, de l'estomac et même de l'utérus).

Gauderon a également insisté sur la particularité que présentent les péritonites infantiles, d'évacuer leur pus à l'ombilic.

Dans le cas présent, l'abcès péri-appendiculaire a suivi une marche, par définition, normale mais cependant assez curieuse à constater.

On sait que dans les cas défavorables, l'abcès s'ouvre dans une des grandes cavités voisines (intestin, vessie, rectum), ou dans la grande cavité péritonéale.

Nous devons donc admettre que, chez notre malade, l'appendice était dans une position très superficielle, par conséquent, très accessible au traumatisme.

En définitive, nous avons assisté là à une crise appendiculaire, suivie de péritonite localisée et pneumococcique consécutive nettement à un traumatisme.

Dans cette affection traumatique, le rôle de pneumocoque est intéressant à rappeler, si nous le rapprochons des râles bronchiques que présentait le poumon droit.

Les expériences de Calmette et Petit, précédemment signalées ont bien mis en lumière le rôle du traumatisme dans le passage des microbes à travers un intestin traumatisé.

D'un autre côté, Verchère a insisté d'une façon particulière sur la bénignité relative de ces péritonites de nature pneumococcique.

Nové-Josserand (congrès d'Alger), a montré que cette péritonite à pneumocoques est très fréquente chez l'enfant, notamment dans le sexe féminin.

Des faits précis montrent que cette pénétration des pneumocoques dans le péritoine peut se faire par des voies variées, quelquefois à travers le diaphragme, d'autres fois par la voie sanguine, mais plus fréquemment, à travers la tunique intestinale, surtout dans les cas de traumatisme. En fin de compte, on peut admettre une pathogénie unique dans tous les cas. La péritonite enkystée et la péritonite généralisée en sont les deux variétés cliniques; le diagnostic est difficile d'avec l'appendicite vraie.

Le grand argument qui a été formulé contre l'appendicite traumatique a été basé sur la position de ce dernier qui, généralement, peut échapper à la contusion. C'est d'ailleurs là le point de départ de la discussion qui a été soulevée pendant ces derniers mois à la Société de chirurgie de Paris, sans grand résultat cependant.

D'après Sonnenburg, on pourrait difficilement se représenter qu'un appendice absolument sain et n'ayant aucun contenu appréciable soit atteint par traumatisme et qu'une lésion directe même minime, s'ensuive, étant donné la petitesse de l'organe et son peu de fixité, et par suite, la facilité avec laquelle il peut fuir sous le choc.

Pour Potherat, tous les travaux manuels, efforts, mouvements, peuvent éveiller des douleurs, chez les malades atteints d'appendicite chronique ou subaiguë. Mais il ne croit pas le traumatisme capable de déterminer l'appendicite et il estime que la démonstration de l'appendicite traumatique vraie est encore à faire.

Légueu, de son côté, ne croit pas que le traumatisme puisse jouer un rôle actif dans la perforation de l'appendice. Peut-être, pense-t-il, il y a simple coïncidence. Toutefois s'il n'admet pas que le trauma soit capable de créer l'appendicite, il estime possible qu'il puisse provoquer la rupture d'un appendice virtuellement malade. C'est déjà là une concession faite au rôle du traumatisme.

Sieur affirme n'avoir jamais observé de cas qui lui permette de dire que le traumatisme ait engendré l'appendicite. Cependant il estime que dans un appendice enflammé ou adhérent, des tiraillements violents ou un traumatisme peuvent provoquer le réveil de crises appendiculaires.

Broca se basant sur un certain nombre d'observations personnelles constate que chez l'enfant, le traumatisme peut provoquer des poussées aiguës d'appendicite et il assure qu'il faut se méfier des coups portés sur la fosse iliaque, car ils peuvent provoquer une crise aiguë chez les sujets ayant de simples prédispositions.

Demoulin ne considérant la théorie de l'appendicite qu'au point de vue strictement médico-légal a montré toutes les conséquences que pourrait susciter l'acceptation de l'appendicite traumatique. Dans les accidents de travail, par exemple, si l'appendicite est latente, elle aurait pu certainement demeurer telle et par conséquent ne jamais se révéler, si le trauma n'en avait été la cause d'apparition. D'après la jurisprudence établie le traumatisme deviendrait, en fait, responsable de la maladie. D'après Béqué il y aurait là quelque chose qui rappellerait les hernies, pour lesquelles même la prédisposition est plus nette et plus tangible.

Le plus éclectique des auteurs semble en somme avoir été Walther qui prétend que toutes nos connaissances sur les lésions de congestions, d'hyperhémie, de péritonite subaiguë consécutives aux contusions de l'abdomen ne permettent pas, « à priori » de rejeter l'impossibilité d'une infection secondaire, due à une congestion, à de petites lésions de contusion, d'un organe aussi sensible qu'est l'appendice vermiculaire.

Devant une situation aussi douteuse et malgré le dogmatisme de beaucoup de chirurgiens, Quénu a pu conclure en disant que l'insuffisance des documents ne nous permettait pas actuellement de formuler une proposition nette, du moins négative, sur le rôle pathogénique du traumatisme dans l'appendicite.

Conclusions.

De l'étude qui précède il ressort que l'existence de l'appendicite traumatique en tant qu'affection bien caractérisée est très fortement discutée et a même pour elle une hostilité non déguisée.

Les plus hardis adversaires affirment que le traumatisme n'a rien à faire dans la crise appendiculaire; tout au plus admettent-ils le réveil possible d'une crise préexistante. D'autres vont même ironiquement jusqu'à dire que le traumatisme ne crée pas une immunité contre l'appendicite et voient là une simple coïncidence, mais nullement une corrélation.

Les plus consciencieux, — nous dirons même les plus sincères, — n'osent se prononcer et croient vraiment que le traumatisme peut être le point de départ au moins occasionnel d'une appendicite chronique ou latente.

Le principal argument invoqué gît dans la situation même de l'appendice dans le fait, qu'il est protégé sous les anses grêles, contre les chocs, les traumatismes.

Or, nous savons que cette position n'a rien de fixe, que l'appendice est souvent sous-séreux, sous-cutané et que les abcès d'origine appendiculaire offrent des facies protéiformes. Nous savons aussi qu'un trauma même minime de l'intestin quand il intéresse une région particulièrement prédisposée par sa structure à l'infection peut favoriser l'immigration micro-

bienne dans la cavité péritonéale. La question de l'âge, du tempérament n'est pas sans jouer un certain rôle et on ne peut, vraisemblablement, sans aborder la question de principe admettre pour tous les cas, même négatifs, l'appendicite latente. Agir ainsi, c'est détourner la question, non pas la résoudre.

Dans le cas particulier qui nous a occupé ici, les antécédents étant nuls, le trauma indubitable, l'appendicite typique, nous devons admettre une corrélation d'effet à cause et considérer que, dans quelques limites qu'on veuille l'admettre, le trauma a été le facteur initial de la crise appendiculaire, de l'abcès, de la suppuration péritonéale. Puisse, cette modeste contribution apporter un peu de clarté dans cette intéressante question.

Vu, bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,

F. VILLAR

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 10 juillet 1907

Pour le Recteur de l'Académie,

Le Doyen délégué.

A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. — ANGLADA et JEANBRAU. — Relations de l'appendicite avec les traumatismes au point de vue pathogénique et médico-légal. *Société de Chirurgie de Paris*. Séance du 13 mars 1907, présenté par M. Picqué.
2. — BERTHOMIER. — De l'exploration dans le décubitus latéral gauche pour le diagnostic différentiel de l'appendicite. Paris, 1907.
3. — BLUMBERG. — Signification diagnostique des caractères de la douleur au point de Mac-Burney (*Muench Med. Woch*), 11 juin 1907.
4. — BROCA. — Rapport des entérites muco-membraneuses avec l'appendicite. Clinique chirurgicale. Paris, 1906.
5. — CALMETTE ET PETIT. — Passage des micro-organismes à travers la muqueuse intestinale à la suite d'un traumatisme. Société de Biologie, 26 janvier 1907.
6. — COMBY. -- Relations entre les vomissements cycliques et l'appendicite. *Archives de médecine des enfants*, n° 12.
7. — DODEUIL. — Tuberculose et appendicite. Th. de Paris, 1906.
8. — ENGELEN (VAN). — Appendicite et abcès intra-mésentérique. *La Clinique*, Bruxelles, 1906.
9. — GAUDERON. — De la péritonite aiguë idiopathique des enfants: évacuation du pus à travers l'ombilic. Paris, 1876.
10. — GRANFELD (Mlle). — Vomissements cycliques et appendicite. Thèse de Paris, 1906.

11. — GUINARD, TUFFIER, QUÉNU. — ... Relations du traumatisme et de l'appendicite. Société de Chirurgie de Paris, séance du 29 mai 1907.
12. — JEANBRAU ET ANGLADA. — Voir Anglada et Jeanbrau.
13. — KIRMISSON. — Les appendicites ; symptomatologie clinique et étiologique. Clinique chirurgicale infantile. Hôpital des enfants malades, 1906.
14. — KIRMISSON ET GUIMBELLOT. — De l'Appendicite chez le nourrisson. *Revue de Chirurgie*, oct. 1906.
15. — LANNELONGUE. — L'Appendicite, sa fréquence. *Leçons de clinique chirurgicale*. Paris 1907.
16. — LAPIERRE A. — De l'enfouissement du moignon appendiculaire. *Thèse de Bordeaux*, 1907.
17. — LENHARZ. — Le traitement par la simple ponction des abcès péri-appendiculaires. *Société de Médecine de Hambourg*, 14 mai 1907.
18. — LEGUEU. — A propos de l'appendicite traumatique. *Société de Chirurgie*, séance du 27 mars 1907.
19. — MAUCLAIRE. — Abcès et péritonites appendiculaires. *Clinique chirurgicale, Hôtel-Dieu*, 1907.
20. — MAUCLAIRE. — Épanchements séro-purulents et abcès appendiculaires résorbants ou résiduels. *Gazette des Hôpitaux*, Paris, mai 1902.
21. — MAUCLAIRE. — Difficulté de diagnostic précoce des grandes péritonites appendiculaires insidieuses. *Médecine moderne*. 3 sept. 1903.
22. — NOVÉ-JOSSERAND. — Sur les péritonites de l'enfance en dehors de la tuberculose et de l'appendicite. *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*. 5^e session Alger 1^{er}, 16 avril 1907.
23. — PETIT et CALMETTE. — Voir Calmette et Petit.
24. — QUÉNU. — Relation du traumatisme et de l'appendicite. *Société de Chirurgie*. Paris 29 mai 1907.
25. — RICHELOT. — Sur la fréquence des lésions appendiculaires autrefois et aujourd'hui. L'appendicite chronique. *Acad. de Médecine*, 29 mai 1906.

26. — ROUTIER. — Absès pelviens d'origine appendiculaire. *Société de Chirurgie*. Paris 1^{er} mai 1907.
27. — ROUX. — Kyste acéphalocyste ouvert à l'ombilic, Paris 1878.
28. — TUFFIER. — L'appendicite traumatique. *Société de Chirurgie*. Paris, mai 1907.
29. — VERCHÈRE. — Péritonite généralisée à pneumocoque. *Société Médico-chirurgicale*. Paris, 26 nov. 1906.
30. — VILLAR (F.). — Tumeurs de l'ombilic. *Thèse de Paris*, 1886.
31. — ZOLLIKOFER. — Les petits lavements d'eau salée dans le traitement médical de l'appendicite. Berlin, 1907. .
-

